

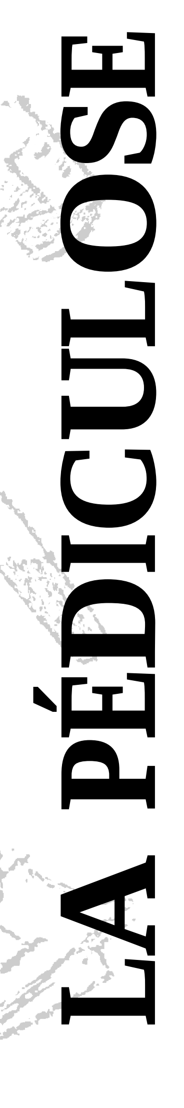
Protocole d'intervention

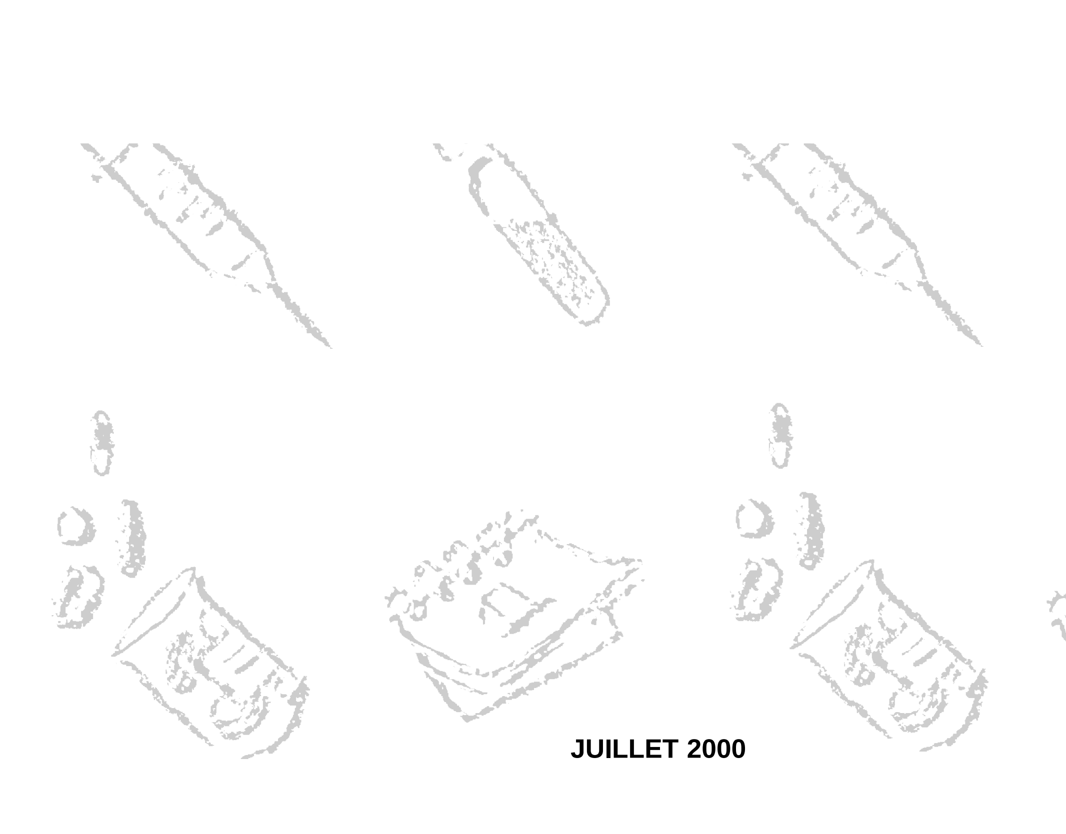
LA PÉDICULOSE

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux



Une nouvelle approche en santé publique pour le contrôle de la pédiculose de tête dans les écoles et dans les services de garde à l'enfance





JUILLET 2000



JUILLET 2000

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document.
Ces frais vous seront facturés à la livraison :
5,00 $ pour le premier exemplaire et 1,00 $ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications @msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Le présent document est peut être consulté à la section documentation du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36405-8

AVANT-PROPOS

Après la publication de la première édition du guide Pédiculose (poux de tête) dans les écoles et dans les services de garde à l'enfance *en mai 1997, des intervenants du réseau de la santé publique (particulièrement des CLSC) ont fait des commentaires et des suggestions afin d'améliorer l'application des recommandations. Ainsi, un* addenda *et une nouvelle proposition concernant les éclosions persistantes ont vu le jour en 1998 et en 1999, respectivement. La nouvelle proposition a donné lieu à une consultation à l'échelle de la province et à une révision intégrale du guide. La présente édition est le résultat de ces démarches.*

La pédiculose de tête (infestation causée par les poux de tête) est l'exemple typique d'un problème de santé publique qui nécessite la collaboration de tous les secteurs en cause pour arriver à une solution. Le présent document s'adresse principalement aux professionnels de la santé des CLSC, des services Info-Santé et des directions régionales de santé publique. Cependant, d'autres intervenants intéressés par le problème (pharmaciens, médecins de famille, pédiatres, personnel éducateur) pourront aussi trouver le document utile pour comprendre la démarche proposée.

Nous présentons ici, ***dans une perspective de santé publique,*** *des lignes de conduite pour la prévention et le contrôle de la pédiculose de tête dans les écoles et dans les services de garde à l'enfance. Il s'agit d'un guide d'intervention et non d'une liste de règles strictes à suivre de façon uniforme dans toutes les régions du Québec. Nous avons privilégié cette fois-ci une approche graduelle avec des actions de plus en plus complexes en rapport avec la nature et l'évolution du problème (nouvelle éclosion versus éclosion persistante). L'approche est conforme aux recommandations de santé publique existantes et elle laisse aux intervenants intéressés le soin d'appliquer les mesures proposées selon les ressources disponibles et le degré de collaboration des divers partenaires (familles, écoles, garderies, établissements et organismes de santé).*

Nous avons intégré au texte des opinions d'experts et des suggestions faites par des professionnels de plusieurs régions du Québec. Nous avons aussi ajouté des éléments intéressants pour le développement d'outils de sensibilisation et d'intervention. Cependant, il va de soi que le document devra être complété à l'échelon régional par des outils adaptés aux divers lieux d'intervention.

RECHERCHE ET RÉDACTION

Le présent document est conforme aux recommandations faites par le Comité de prévention des infections dans les Centres de la Petite Enfance du Québec, organisme consultatif de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de la Famille et de l'Enfance du Québec.

Le document a été préparé par Julio Soto, M.D., Ph. D. et Stéphane Roy, M.D. pour le Comité de concertation en maladies infectieuses du Conseil des directeurs régionaux de santé publique.

Dr Julio Soto	Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Dr Stéphane Roy	Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Les personnes ou organisations suivantes ont collaboré soit à la première, soit à la deuxième édition, et leurs commentaires ou suggestions ont été transmis par :

Dre Marie-Claude Bernard	Direction de la santé publique de Mauricie et Centre-du-Québec
Dre Michèle Bier	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Mme Clémence Brunette et infirmières scolaires	CLSC-CHSLD de Rosemont
Dre Suzanne Charbonneau	Direction de la santé publique de Laval
Mme Jocelyne Daigneault et infirmières scolaires	Direction de la santé publique du Saguenay Lac-Saint-Jean
Mme Marielle Demers	CLSC de Longueuil-Est
Dre Doris Deshaies	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Mme Thérèse Dionne	CLSC Saint-Louis-du-Parc
Dre Hélène Dupont	Direction de la santé publique de l'Outaouais
Mme Liette Duval et infirmières scolaires	CLSC du Plateau Mont-Royal
Équipe d'infirmières scolaires au primaire et au secondaire	CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Dr Michel Frigon et équipe en maladies infectieuses	Direction de la santé publique de Québec
Dr Fernand Guillemette	Direction de la santé publique de Mauricie et Centre-du-Québec
Dre Thérèsa Gyorkos	Service d'épidémiologie de l'Hôpital général de Montréal
Mme Paulette Harvey	Direction de la santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean
Mme Louise Hétu et infirmières scolaires	CLSC Villeray
Dr Klaus Jochem	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Mme Jocelyne Kirouac	CLSC de Rivière-des-Prairies
Mme Aline Lachance	Direction de la santé publique de la Montérégie
Mme Ginette Lagarde	Direction de la santé publique de la Montérégie
Mme Josée Lalonde et infirmières scolaires	CLSC-CHSLD de Pointe-aux-Trembles
Mme Linda Langlais et équipe en santé scolaire	CLSC de Mercier-Est-Anjou
Mme Colette Laniel	CLSC du Vieux LaChine
Dre Claire Lemieux	Direction de la santé publique de la Chaudière-Appalaches
Dr François Levac	Direction de la santé publique de la Montérégie
Dr Guy Lonergan	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Dre Suzanne Ménard et table de concertation avec les CLSC	Direction de la santé publique de l'Estrie
Dr Alain Millette	Direction de la santé publique de l'Outaouais
Mme Viola Miville	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Mme Mireille Ostiguy	CLSC Notre-Dame-de-Grâce
Dre Renée Paré	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Dr Pierre A. Pilon	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Mme Marie Racine	CLSC deVerdun/Saint-Paul
Mme Angèle Rousseau	Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue

Dre Dominique Tremblay	Direction de la santé publique de la Montérégie
Dre Michèle Tremblay	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Mme Huguette Turmaine et infirmières scolaires	CLSC Pierrefonds
Mme Carole Toupin	CLSC Normand-Bethune
Mme Danièle Vachon	Direction de la santé publique de Lanaudière

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier de leur contribution toutes les personnes qui ont pris connaissance du document et qui l'ont enrichi de leurs commentaires et de leurs suggestions.

Des remerciements particuliers sont aussi transmis à Mme Denise Larivière pour le traitement de texte et la mise en pages finale du présent document.

TABLE DES MATIÈRES

1. LA PÉDICULOSE DE TÊTE (Infestation causée par les poux de tête)

Il existe trois espèces de poux qui infestent l'être humain : le *Pediculus humanus capitis* (pou de tête), le *pediculus humanus corporis* (pou du corps) et le *Phthirus pubis* (pou du pubis ou « morpion »). Tous les trois sont des insectes anoploures (sans ailes) qui ont besoin de l'être humain pour se nourrir et se développer. Nous ne traiterons ici que des poux de tête.

Depuis les années 70, on observe mondialement une recrudescence importante de l'infestation par le *P. humanus capitis*. Au Canada, seulement trois études Ewasechko 1981, Mathias et Wallace 1989, et Chunge et al. 1991b ont rapporté une prévalence de l'infestation dans les écoles (10,4, 12 et 5,7 % respectivement). Il est à noter que le taux élevé observé par Mathias et Wallace dans une école de la Colombie-Britannique a été réduit à 1 % après la mise en place d'un programme de contrôle avec la participation de parents bénévoles. Si, au Québec, la prévalence dans les écoles primaires était de la même ampleur (5,7 %) que celle trouvée par Chunge et ses collaborateurs à Hamilton, en Ontario, cela représenterait un taux d'infestation d'environ 20 000 écoliers au primaire par année.

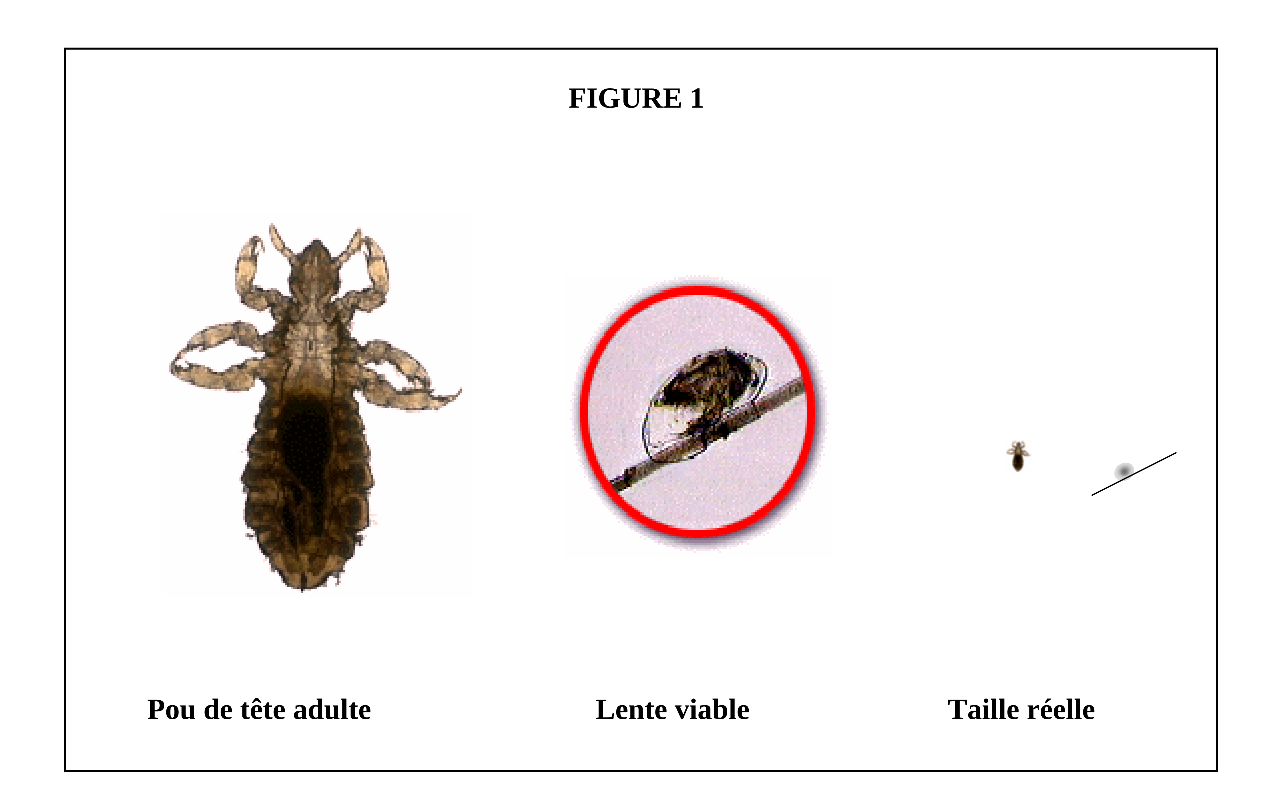
Malgré que l'infestation soit relativement bénigne et que les parasites responsables ne propagent pas d'autres maladies, plusieurs facteurs font de la pédiculose de tête un problème de santé publique important : facilité de transmission dans des milieux à forte concentration d'individus, émoi social provoqué par la présence des poux, ressources déployées pour en contrôler la propagation, coûts générés par le traitement de l'affection et risques inhérents associés à l'utilisation des pédiculicides.

2. BIOLOGIE DE L'AGENT CAUSAL

Le parasite adulte est à peine visible à l'œil nu (taille entre 2 et 4 mm, figure 1). Le cycle de vie se déroule entre 20 et 30 jours au total. Après une période de maturation d'environ 2 semaines, le pou (femelle) fécondé pond environ 6 à 8 œufs (lentes) par jour. Les lentes, petits corps ovales, grisâtres et brillants, se collent aux cheveux de l'hôte, à proximité de la racine de 1 à 6 mm du cuir chevelu. Elles prendront entre 4 et 10 jours avant d'éclore. Après l'éclosion, les jeunes poux doivent se nourrir de sang humain dans les 24 heures. C'est pourquoi ils peuvent difficilement survivre plus longtemps en dehors du corps humain.

La survie du parasite dépend de l'âge de celui-ci et des conditions de l'environnement. Le cuir chevelu de l'être humain offre des conditions idéales de survie (présence importante de vaisseaux sanguins, température située entre 28 et 33 ^{o}C et humidité relative entre 70 et 90 %).

FIGURE 1



Pou de tête adulte | **Lente viable** | **Taille réelle**

3. ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE L’INFESTATION

L’être humain est le seul réservoir de ce parasite. Les poux de tête se transmettent facilement par contact direct avec un hôte infesté (de tête à tête). La contagiosité persiste jusqu’à la destruction des parasites et des lentes. Le risque de transmission par des effets personnels de l’hôte infesté (brosses à cheveux, peignes, chapeaux, taies d’oreillers, etc.) est minime (Chunge et al. 1991a).

La période moyenne d’incubation est d’environ dix jours. Une fois installés chez le nouvel hôte, les poux et les lentes se trouvent particulièrement derrière les oreilles et à l’occiput, mais parfois aussi dans les sourcils ou la barbe. Les poux se fixent à l’épiderme avec leurs dents y introduisent leur appareil piqueur-suceur et injectent de la salive contenant des anticoagulants pour faciliter la sortie du sang. La salive de l’insecte est responsable d’une réaction de défense chez l’hôte qui peut s’accompagner de prurit et de lésions de grattage (excoriations). Chez certaines personnes ou dans des cas d’infestation chronique, les symptômes ne sont pas toujours présents.

La viabilité d’une lente (figure 1) est déterminée par :

- sa localisation (entre 1 et 6 mm du cuir chevelu) ;
- la présence intacte de l'opercule (couvercle) situé à son extrémité libre ;
- la couleur blanc-jaunâtre luisante, translucide et la forme bombée de la coque (une lente vide est plus blanche, desséchée et située à plus de 1 cm de la base du cheveu).

4. TRAITEMENT ET CONTRÔLE DE L'INFESTATION

4.1 LES PÉDICULICIDES

Le traitement des cas infestés avec l'aide d'un pédiculicide demeure la meilleure mesure de contrôle des poux de tête dans une école ou dans une garderie. Il faut utiliser un produit homologué au Canada en suivant les indications de santé publique qui figurent à l'annexe 3. Les recommandations de la monographie qui accompagne divers produits se fondent souvent sur une approche clinique individuelle. Par ailleurs, les directives d'un même produit peuvent différer selon le pays où il est homologué.

Au Québec, présentement, le premier choix pour le traitement de la pédiculose de tête est la perméthrine. Le second choix est l'association pyréthrine et butoxyde de pipéronyle. Enfin, si ces traitements se révèlent inefficaces en raison d'une possible résistance, le troisième produit homologué (contenant acide acétique, camphre, citronnelle, éther sulfate sodique de lauryle) pourrait être utilisé.

Parmi les nouvelles thérapies pédiculicides, on a déjà rapporté des résultats intéressants avec l'administration orale d'un antibiotique (co-trimoxazole) ou d'un antiparasitaire utilisé pour le contrôle de la filiarose (ivermectin). Des insecticides utilisés pour le contrôle des mouches et des moustiques (composés organophosphorés ou carbamates) ont également démontré un pouvoir pédiculicide. Cependant, leurs effets secondaires, leur toxicité et le développement d'une résistance constituent encore des obstacles à surmonter.

La résistance des poux aux insecticides a été rapportée pour pratiquement tous les insecticides utilisés. Même si les tests pour évaluer la résistance ne sont pas uniformisés, il semblerait que le phénomène de résistance soit en augmentation. Les insectes utiliseraient deux types de mécanismes : ils se débarrassent rapidement de l'insecticide (détoxication accélérée) grâce à la production de certaines enzymes ou ils altèrent le site d'union de l'insecticide. Au Québec, on rapporte souvent des échecs au traitement avec la perméthrine. Cependant, il s'agit des observations empiriques, des études devraient être faites pour les vérifier. Toutefois, il est aussi important de se rappeler que la plupart des experts attribuent la majorité des échecs à des facteurs autres que la résistance (voir les causes d'échec à l'annexe 1).

En 1991, le malathion (composé organophosphoré) a été retiré du marché nord américain. Au début, ce produit était le meilleur ovicide sur le marché. Par la suite, son efficacité est devenue variable selon l'excipient ou le véhicule utilisé. Dernièrement, la malathion a été réintroduit aux États-Unis, il est possible que le Canada l'homologue aussi à nouveau.

Le lindane (composé organochloré) n'est plus un produit recommandé comme premier choix en raison des échecs observés et de son importante toxicité pour la femme enceinte ou celle qui allaite ainsi que pour les très jeunes enfants. De plus, aux États-Unis, des études faites en 1994 sur des animaux ont démontré que le lindane était un carcinogène potentiel. Au Canada, le Kwellada^{MD} fabriqué à base de lindane (ne pas confondre avec le Kwellada-P^{MD} qui contient de la perméthrine) a été retiré du marché en 1999.

En ce qui concerne l'utilisation des pédiculicides, l'approche de santé publique proposée dans le présent guide tient compte de la facilité de transmission de l'infestation dans les écoles et dans les services de garde à l'enfance, de la biologie du parasite, de la possibilité de survie des lentes après une première application d'un péduculicide, de la toxicité potentielle de ces produits ainsi que des limites des autres mesures de contrôle.

4.2 AUTRES MESURES DE CONTRÔLE

Même si l'efficacité des mesures proposées ci-dessous n'a pas toujours pu être clairement démontrée, il en existe plusieurs qui font partie (ou devraient faire partie) des pratiques courantes sur le terrain. D'autres en sont encore au stade expérimental ou anecdotique. Nous ferons quelques commentaires sur celles qui sont souvent évoquées.

4.2.1 Sensibilisation au problème et partage des responsabilités

La nature de l'infestation (nuisance) favorise de fausses croyances et des appréhensions qui génèrent souvent une crise dans le milieu où elle est présente, la gestion d'une éclosion devient alors difficile. La surcharge de travail des infirmières scolaires, le manque de ressources dans les écoles ainsi que les barrières culturelles et économiques rendent la situation plus complexe. Devant cela, la sensibilisation des parents, des enfants et des intervenants à ce type de problème fait partie des mesures de contrôle rentables.

Le contrôle de la pédiculose de tête dans un milieu donné requiert les éléments d'intervention suivants : une attitude rationnelle et pratique par rapport à l'infestation, une surveillance (examen de la tête), une recherche des contacts et un traitement des personnes infestées. Dans quelques cas, des principes de gestion de crise devront aussi être appliqués (objectifs réalistes, présence sur le terrain, communication, flexibilité, stratégies de rechange, soutien des établissements visés).

Il est particulièrement important de mettre au point une politique pour le contrôle des poux de tête basée sur une concertation régionale et un partage des responsabilités entre tous les secteurs en cause (familles, services de garde, écoles, commissions scolaires, centres locaux des services communautaires et directions régionales de santé publique).

Préciser « qui fait quoi » dans les éclosions de poux de tête ne fait pas partie des objectifs du présent guide. Le rôle légal des organismes et des établissements du réseau de la santé a déjà été défini. Il revient aux personnes responsables d'arriver à des ententes locales et régionales afin de se partager la responsabilité pour arriver à contrôler la situation. Par ailleurs, à la lumière des commentaires reçus, il semble que les pratiques à l'échelle provinciale diffèrent selon la région, les ressources existantes et l'expérience vécue.

4.2.2 Peigne fin

Il existe sur le marché différents types de peignes fins en plastique (plus faciles à trouver et moins chers) ou en métal et certains pédiculicides sont même vendus accompagnés d'un peigne fin. Aux États-Unis, on trouve sur « Internet » un peigne fin électronique (ARR Health Technologies Inc. 1999, O’Brien 1998). Selon le fabricant, ce type de peigne serait approprié pour des examens de tête dans le milieu scolaire.

Le but visé consiste à enlever les lentes et les poux ou à les détruire par l'action mécanique du peigne sur les cheveux et le cuir chevelu. Pourtant, la majorité des études qui ont évalué l'efficacité de cet objet ont conclu que le nombre de parasites dans les groupes où le peigne fin était utilisé soit avait augmenté, soit était resté pratiquement le même (Burgess 1995). L'expérience semble montrer que les lentes viables, en raison de leur localisation, sont plus difficiles à enlever que les autres. Celles qui sont plus visibles et plus faciles à enlever sont probablement des lentes mortes à la suite du traitement ou des lentes vides après l'éclosion de parasites.

Malgré ces résultats, nous croyons que l'utilité du peigne fin peut dépasser sa capacité d'enlever les parasites. En effet, cet objet pourrait être utilisé comme instrument de sensibilisation auprès des parents afin qu'ils adoptent une attitude préventive en examinant régulièrement les cheveux de leurs enfants. Par ailleurs, le fait d'enlever les lentes visibles pourrait aider à contrôler le phénomène d'appréhension provoqué par la présence des poux dans un milieu donné.

4.2.3 Politique « sans lentes »

Le but de la mesure ici décrite vise à arrêter la transmission des poux par l'exclusion des enfants infestés et à donner aux parents l'occasion d'appliquer le traitement. Elle a été (elle est encore dans certains milieux) la mesure préférée des écoles et des intervenants de première ligne. Toutefois, plusieurs études et évaluations faites par des experts mettent en doute son efficacité dans le contrôle des éclosions. Par ailleurs, des situations dramatiques ont été rapportées où, à cause de la présence de lentes, des parents ont été accusés de négligence et où des enfants ont été victimes de ségrégation tout en perdant plusieurs jours d'école.

Aux États-Unis, le laboratoire d'entomologie de l'école de santé publique de Harvard offre un service d'identification des lentes et de vérification de leur viabilité. Après avoir examiné des centaines de spécimens jugés infectieux par les intervenants, on a trouvé que plus de 75 % étaient des artefacts ou des lentes non viables. Présentement, à l'échelon national et international, plusieurs comités d'experts déconseillent, en raison du manque de soutien scientifique, l'application sans discernement d'une politique « sans lentes ».

Dans un contexte où les libertés et les droits des individus sont des valeurs de société, la pratique de la santé publique doit s'adapter à ces changements et recommander des mesures coercitives seulement lorsqu'elles sont strictement nécessaires. Ainsi, les poux de tête étant une nuisance plutôt qu'une maladie, le retrait de leur milieu des personnes infestées devra être appliqué avec discernement à des situations particulières que nous verrons plus loin. En aucun cas, l'exclusion ne devra mettre en péril l'année scolaire d'un élève. Des efforts supplémentaires de la part des intervenants seront probablement nécessaires pour trouver une solution individualisée pour certaines personnes infestées tout en respectant leur dignité et leurs droits fondamentaux.

Nous pouvons conclure qu'une bonne formation à la reconnaissance d'une infestation active diminuerait les risques d'erreur et éviterait aux enfants de recevoir des traitements inutiles. Il faut

se rappeler que si une lente est visible à l'œil nu, la chance qu'elle soit déjà morte ou vide est plus grande.

4.2.4 Traitement des objets personnels et contrôle de l'environnement

Selon plusieurs auteurs et experts, le risque de transmission par des vecteurs passifs (des objets et des surfaces qui ont été en contact avec une personne infestée) est minime et limité par la durée de survie du parasite en dehors du corps humain. Le contact de tête à tête demeure le plus important mode de transmission des poux dans une école ou dans un service de garde à l'enfance (Chunge, 1991).

Malgré la croyance populaire, les poux de tête ont des moyens pour rester « collés » à leur hôte et il n'est pas dans leur intérêt de quitter un environnement idéal pour un objet ou une surface n'offrant pas les mêmes conditions pour leur développement. En effet, les seules situations dans lesquelles on a observé des poux quitter la tête d'un hôte ont été à la mort de l'hôte ou en présence de fièvre élevée (Maunder 1983).

Si les mesures de contrôle proposées plus loin dans le guide sont respectées, le traitement ou le nettoyage des objets faisant partie de l'environnement de la personne infestée ne sera probablement pas nécessaire. Toutefois, dans certaines situations favorisant l'évolution du problème (promiscuité extrême, éclosions persistantes, appréhension importante dans le milieu, cas particuliers), on peut ajouter au traitement des personnes infestées des mesures complémentaires susceptibles de tuer les insectes qui pourraient accidentellement se trouver **sur leurs objets personnels** (peignes, brosses à cheveux, chapeaux, casquettes, taies d'oreillers).

En ce qui concerne les meubles, les sièges d'autobus, les tapis, les appareils de gymnase, etc., nous partageons l'avis des experts, qui estiment qu'il faut dissuader les personnes responsables de procéder à la fumigation de ces objets avec un insecticide en raison de la toxicité élevée de ces produits pour les humains ainsi que pour les animaux.

4.2.5 Traitements « alternatifs »

Plusieurs recettes maison et même des préparations commerciales faites de mélanges d'huiles essentielles, de sels et d'autres substances « naturelles » ont été présentées comme étant des traitements écologiques et exempts de toxicité. Parmi ces « remèdes miracles » on trouve des

blanchissants, des teintures à cheveux ou des agents lubrifiants susceptibles de suffoquer les poux, tels que l'huile d'olive, l’huile minérale ou le gel à cheveux.

Cependant, l'efficacité de ces traitements n'est pas étayée par des études contrôlées et publiées dans des revues scientifiques. Même la prétendue absence de toxicité a été mise en doute, car plusieurs formules contiennent des substances qui ne devraient pas être utilisées sur la peau ou qui ne sont pas homologuées pour usage médical, sans compter que les substances huileuses peuvent aussi être à l'origine d'accidents (glissades) ou d'irritations si l’on utilise un détergent puissant pour les enlever des cheveux.

L'utilisation de la chaleur provenant d'un séchoir à cheveux a été rapportée comme étant un moyen efficace pour détruire les poux et les lentes sur les cheveux de la personne infestée. Cependant, la durée du traitement, la température et la distance entre le séchoir et le cuir chevelu ne sont pas précisées. Cette méthode est fortement déconseillée, car elle peut provoquer des brûlures au cuir chevelu, particulièrement chez les enfants.

La coupe des cheveux compte parmi les autres mesures mentionnées. Il est vrai qu'une tête pratiquement sans cheveux ne favorise pas la présence et la transmission des poux de tête. Cependant, cette mesure est actuellement considérée comme désuète, dévalorisante et peu esthétique. Avec les pédiculicides existants et le suivi rigoureux des mesures de contrôle recommandées, il ne sera probablement plus nécessaire de couper les cheveux avant ou après l'application du traitement.

Des produits répulsifs à base d’essences naturelles ou de vitamines ont aussi été présentés comme ayant une certaine efficacité préventive contre les poux. Toutefois, nous avons peu d’information scientifique sur leur prétendue efficacité et même sur leur toxicité potentielle, surtout pour les produits en aérosol.

En raison du manque d’information sur le plan scientifique quant à leur efficacité et aux dangers potentiels qu'ils présentent, tous ces traitements dits « alternatifs » ne sont pas recommandés par les directions régionales de la santé publique du Québec.

5. DÉFINITIONS

5.1 SUJET (CAS INFESTÉ)

Toute personne qui a des poux de tête vivants et des lentes viables dans les cheveux est considérée comme un cas infesté.

Il est raisonnable et justifié de considérer comme un cas infesté toute personne qui n'a jamais fait de traitement, mais qui a des lentes viables, même en l'absence de poux vivants.

5.2 CONTACTS

Toute personne ayant eu un contact direct de tête à tête avec une personne infestée est considérée comme un contact.

Aux fins d'intervention, sont considérés comme des contacts :

- tous les membres de la maisonnée ;
- tous les élèves de la classe du sujet dans une école primaire ou secondaire et le personnel enseignant, selon la nature du contact ;
- tous les enfants et le personnel d'un service de garde à l'enfance.

6. MÉTHODES DE CONTRÔLE

6.1 MESURES DE PRÉVENTION PRIMAIRE

Les mesures de prévention primaire s'appliquent en l'absence de cas signalés. Au début de la propagation de l'infestation dans un milieu, elles visent à réduire l'apparition de nouveaux cas (incidence).

Ces mesures pourraient être prises peu avant ou au début de l'année scolaire à l'intérieur d'une campagne annuelle de sensibilisation au problème des poux de tête. Les mesures de prévention primaire sont les suivantes :

- Sensibilisation des enfants au mode de transmission des poux de tête, aux symptômes qu'ils provoquent ainsi qu'aux mesures générales de traitement et de contrôle. Les messages utilisés devront être adaptés à l'âge des enfants.

- Sensibilisation et éducation des parents et du personnel enseignant à la détection précoce des poux de tête et des lentes ainsi qu'à l'application rigoureuse des mesures de contrôle. Cela pourrait être fait au moyen de brochures, de dépliants, de peignes fins ou de tout autre matériel d'information ou de sensibilisation. À la maison, les parents devraient chercher les poux de tête ou les lentes au moment du lavage régulier des cheveux de leurs enfants. À l'école ou dans le service de garde, le personnel devra avoir une attitude vigilante et être prêts, à intervenir s'il y a lieu.

- Soutien aux intervenants de première ligne au moyen d'une campagne médiatique annuelle organisée par des groupes ou organisations tels que la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique et les directions régionales de santé publique. D'autres organisations ou associations publiques et privées (incluant celles des pharmaciens) pourraient participer à la campagne et la soutenir. Les messages de sensibilisation et de prévention pourraient être diffusés par différents médias provinciaux, régionaux (presse, radio, télévision) ou locaux (journaux de quartier).

- Préparation d'une politique régionale de contrôle des éclosions de poux de tête dans les écoles et les services de garde. Cette politique aurait pour but de définir les principes d'intervention et de déterminer de façon concertée le partage des responsabilités entre toutes les personnes et les secteurs en cause.

6.2 MESURES DE PRÉVENTION SECONDAIRE

Les mesures de prévention secondaire s'appliquent en présence de cas signalés dans un milieu. Elles visent à contrôler la propagation des poux de tête afin de réduire le nombre total de nouveaux cas et de cas anciens (prévalence).

Ainsi, à la suite du **premier** signalement d'un ou de plusieurs cas de poux de tête dans une école ou dans un service de garde à l'enfance, une intervention est faite et les mesures de contrôle énumérées ci-dessous sont appliquées :

- identification des contacts ;
- information aux parents, au personnel enseignant et aux éducateurs ;
- recherche de cas infestés parmi les contacts ;
- traitement du sujet et des contacts infestés ;
- recherche des signes d'infestation active chez les cas traités ;
- retrait des personnes encore infestées ;
- mesures complémentaires ;
- mesures déconseillées.

6.2.1 Identification des contacts

Se référer aux définitions fournies plus haut.

6.2.2 Information aux parents, au personnel enseignant et aux éducateurs

Fournir aux parents, au personnel enseignants et aux éducateurs des renseignements sur la situation présente dans le milieu ainsi que sur les caractéristiques cliniques de l'infestation, le mode de transmission, l'examen de la tête, le traitement et les mesures de prévention et de contrôle. Cela sera fait au moyen d'une lettre explicative accompagnée d'un dépliant s'il y a lieu.

6.2.3 Recherche de cas infestés parmi les contacts

Faire examiner la tête des enfants par les parents. Afin d'assurer le maximum d'efficacité, les parents devront être informés, formés et outillés pour réaliser l'examen (voir la description du procédé à l'annexe 4). Si nécessaire, l'examen de la tête peut être fait à l'école ou à la garderie. Dans ce cas, il est recommandé que les personnes responsables (les parents, pour les élèves âgés de moins de 14 ans) soient averties avant d'exécuter cette intervention.

6.2.4 Traitement du sujet et des contacts infestés

- Traiter seulement les personnes infestées. Le traitement prophylactique est déconseillé.

- Utiliser de préférence la perméthrine. Par rapport aux autres pédiculicides, ce produit est moins toxique et très efficace (forte activité insecticide et ovicidaire). L'association de pyréthrines et de butoxyde de pipéronyle peut être aussi un bon choix.

- Pour les produits recommandés ci-dessus, le traitement consiste en deux applications, la deuxième étant faite de sept à dix jours après la première, même en l'absence de signes d'infestation active (poux vivants et lentes viables). Afin de faciliter le suivi, le traitement simultané des personnes infestées doit être envisagé.

- Les produits à base de perméthrine aident à décoller les lentes à la suite du lavage et du rinçage des cheveux. Cependant, afin de ne pas diminuer l'effet résiduel (plus d'une semaine selon les fabricants) de ce type de produit, il faut utiliser un shampooing ordinaire sans conditionneur ou « crème-rince ».

- Si des poux vivants sont observés de 24 à 48 heures après la première application d'un produit péediculicide, il est recommandé de reprendre le traitement aussitôt en utilisant un autre produit de composition différente. Le nouveau produit péediculicide sera appliqué une deuxième fois de 7 à 10 jours plus tard.

- Si les sourcils sont atteints, appliquer de la gelée de pétrole, par exemple de la Vaseline^{MD} (d'un coût plus abordable) ou du Lacri-lube^{MD}, en couche épaisse au moins deux fois par jour (trois ou quatre fois) chez les jeunes enfants qui pourraient enlever ce produit en se frottant les yeux) pendant une semaine. Par la suite, les lentes mortes peuvent être enlevées à l'aide d'une pince à sourcils.

- Les produits contre la pédiculose (à l'exception du SH-206[MD]) prescrits par le médecin sont admissibles à un remboursement selon les modalités du régime d'assurance des personnes visées. Par ailleurs, pour les enfants (moins de 18 ans) couverts par le régime provincial d'assurance médicaments, étant donné qu'il n'existe pas de prime d'assurance, ces médicaments sont **gratuits**. Certains établissements pourraient organiser des ententes avec leurs médecins afin de faciliter l'accès à certains médicaments pour les personnes de milieu socioéconomique défavorisé.

- Les produits pédiculicides doivent être gardés hors de la portée des enfants.

6.2.5 Recherche des signes d'infestation active chez les sujets traités

- Examen de tête.

6.2.6 Retrait des personnes encore infestées

- On doit retirer temporairement la personne infestée de l'école ou du service de garde jusqu'à la première application du traitement recommandé. Si le produit a été utilisé selon les indications prescrites, il réduit considérablement le potentiel de transmission en éliminant les poux vivants.

- On peut permettre le retour d'une personne qui a des lentes à la suite de l'application d'un traitement recommandé contre les poux. La présence de lentes ne constitue pas nécessairement un risque de transmission, car celles-ci sont probablement déjà mortes ou vides ou trop jeunes pour être contagieuses. Par ailleurs, l'effet résiduel et la deuxième application du produit suffiront pour détruire les jeunes parasites dans les jours qui suivent.

- Si une personne présente des signes d'infestation active (poux vivants et lentes viables) après la date prévue de la deuxième application, cette personne devra être retirée de l'école ou du service de garde et adressée à un professionnel de la santé qui déterminera le moment propice au retour à l'école ou au service de garde. La recommandation d'enlever les lentes (voir la description du procédé à l'annexe 5) après le traitement pourrait être faite à cette personne. Dans ce cas, il est possible que le traitement ait été mal appliqué, qu'il n'ait pas été appliqué du tout ou qu'il existe une résistance au traitement (situation moins fréquente).

6.2.7 Mesures complémentaires

- Dans certaines situations particulières (promiscuité élevée, appréhension importante dans le milieu) ou pour un cas individuel (par exemple, une personne présentant des signes d'infestation active après la date prévue pour la deuxième application du pédiculicide), on pourra appliquer des mesures complémentaires.

- Enlever les lentes restantes après l'application du pédiculicide à l’aide d’un peigne fin (voir la description du procédé à l’annexe 5). En période de traitement, on recommande d’être vigilant et de passer le peigne fin chaque jour. Il est possible que chez les plus jeunes enfants, en raison de la texture fine de leurs cheveux, le peigne fin en plastique soit moins efficace. Dans ce cas, il faudrait utiliser une autre méthode (par exemple, utiliser un peigne fin en acier inoxydable ou les doigts, moyen ancien qui est encore préconisé par certains intervenants). L’application d’une serviette humide sur le cuir chevelu pendant trente à soixante minutes facilite le retrait des lentes.

- Désinfecter les effets personnels (peignes, brosses à cheveux, chapeaux, casquettes, etc.) régulièrement utilisés par les personnes infestées. Pour les nettoyer, on doit laisser tremper ces articles dans une des solutions suivantes :

  - un shampooing contre les poux (non dilué) pendant cinq à dix minutes ;
  - de l’eau chaude (environ 65 C ou 150 F) pendant cinq à dix minutes.

L’utilisation de la sécheuse à température élevée pendant vingt minutes, le nettoyage à sec et l’entreposage pendant dix jours (en raison du délai maximal d'éclosion d'une lente) dans un sac de plastique sont également efficaces.

6.2.8 Mesures déconseillées

- L'utilisation de vinaigre ou de conditionneurs pour aider à décoller les lentes est déconseillée, car l'acide présente dans ces produits peut aussi enlever les restes du pédiculicide (particulièrement la perméthrine) et ainsi nuire à son action résiduelle.

- Bien que la désinfection des effets personnels avec du Lysol^{MD} à 2 % soit aussi efficace, nous déconseillons ce produit, car les présentations qui se trouvent sur le marché domestique canadien n'indiquent pas la concentration qui serait efficace.

- La vaporisation de la maison, des meubles ou des autres objets de l'environnement avec un insecticide est fortement déconseillée. Cette mesure est inefficace pour le contrôle de la pédiculose et elle peut représenter un risque important pour la santé des personnes et des animaux exposés de cette façon à un produit potentiellement toxique.

6.3 MESURES DE PRÉVENTION TERTIAIRE

Les mesures de prévention tertiaire s'appliquent en présence d'une éclosion persistante. Elles visent à mettre fin au caractère chronique de l'infestation dans certains milieux, et à réduire ainsi les rechutes.

Malgré l'application des mesures de prévention secondaire, des facteurs particuliers au milieu en cause (par exemple, les barrières à l'application des mesures de contrôle) ou aux poux (par exemple, la résistance aux pédiculicides) pourraient faire qu'une éclosion persiste dans un milieu. C'est pour ce type de situations que des mesures de prévention tertiaires ont été mises au point. Il s'agit d'une approche intégrale qui inclut des mesures de prévention primaire et secondaire (incluant les mesures considérées comme complémentaires). Appliquées avec rigueur, ces mesures devraient permettre le contrôle d'une éclosion persistante de poux de tête.

Il est très important de reconnaître les situations (éclosion persistante) où ces mesures pourraient être appliquées, car elles exigent des ressources supplémentaires non négligeables et constituent la dernière ligne de défense contre les poux. Il faut éviter d'utiliser ces mesures extrêmes pour des situations courantes où, selon l'expérience, les mesures de prévention secondaire décrites ci-dessus seraient suffisantes.

On parlera d'éclosion persistante si, dix jours après la date de la deuxième application d'un pédiculicide, on observe encore une infestation active (poux vivants et lentes viables) chez plusieurs personnes (deux et plus) de la même classe ou du même groupe, mais provenant de familles différentes.

Les mesures de prévention tertiaire s'appliquent à toutes les personnes de la classe ou du groupe en cause (si plusieurs classes ou groupes ont été touchés, ces mesures pourraient s'étendre à toute l'école prématernelle, maternelle, primaire ou à tout l'établissement de garde à l'enfance).

Les mesures de prévention tertiaire sont présentées ci-dessous selon l'ordre dans lequel elles doivent être appliquées.

1. Informer les parents, les membres du personnel enseignant et les éducateurs de l'état de la situation et des nouvelles mesures de contrôle à appliquer (s'assurer qu'il n'y a pas de barrières à la communication).

2. Organiser des séances de formation pour assurer l'identification des poux et des lentes viables. Elles seront adressées aux personnes chargées de faire l'examen des têtes (par exemple, les intervenants, les parents, le personnel enseignant ou les éducateurs). Il est souhaitable que cette activité soit réalisée en étroite collaboration avec les parties en cause (école, service de garde, familles et CLSC). Les directions régionales de la santé publique demeurent une ressource de soutien de deuxième ligne pour les CLSC, à qui elles peuvent également fournir les conseils. D'autres partenaires pourraient s'ajouter au besoin.

3. Examiner la tête (voir la procédure dans la section annexe) des personnes visées par les mesures de prévention tertiaire à l'école ou dans le service de garde afin de confirmer le diagnostic d'infestation active. Cette action pourrait faciliter l'identification des cas probablement infestés ou réinfestés.

4. Retirer de l'école ou du service de garde les personnes ayant des poux ou des lentes viables jusqu'à la première application d'un traitement pédiculicide. Il faut préalablement aviser les parents des enfants visés par cette mesure. La deuxième application du traitement devra se

faire de sept à dix jours plus tard. Pour les personnes ayant déjà reçu un traitement (soit deux applications), il est préférable de choisir un pédiculicide différent.

Pour réintégrer l’école ou le service de garde, les personnes retirées du milieu pour traitement devront avoir été débarrassées des lentes restantes avec un peigne fin (voir la description du procédé à l’annexe 5). Si nécessaire, cette activité peut être réalisée à l’école ou au service de garde. L’utilisation du vinaigre est toujours déconseillée.

5. Demander le nettoyage des effets personnels (peignes, brosses à cheveux, chapeaux, casquettes, etc.) régulièrement utilisés par les personnes infestées. Utiliser un des procédés décrits au point 6.2.6.

   S’assurer que tous les membres de la maisonnée des personnes infestées seront examinés et recommander un traitement aux personnes infestées.

   S'assurer qu’il n‘y pas de barrière, économiques ou autres, qui pourraient empêcher l’application du traitement pédiculicide. S’il y a lieu, trouver des solutions aux cas problématiques.

6. Au retour à l'école ou au service de garde, les enfants retirés doivent être examinés par une personne formée au diagnostic de l'infestation active (infirmière, membre du personnel, parent bénévole, etc.).

Si, trois semaines après la fin du traitement du dernier cas, on n’observe plus d’infestation active dans les groupes et les classes en cause, il est probable que l’éclosion soit sous contrôle. Dans le cas contraire, il faut vérifier si les mesures recommandées ont été suivies par toutes les personnes visées et corriger les faiblesses notées s’il y a lieu.



ANNEXES

ANNEXE 1 – CAUSES D'ÉCHEC AU TRAITEMENT ET AU CONTRÔLE DE LA PÉDICULOSE DE TÊTE

Depuis l'adoption de la mesure consistant en une deuxième application de péduculicide et l'abolition de la politique « sans lentes » pour les interventions de prévention secondaire, on pourrait s'attendre à ce que des enfants adéquatement traités et guéris présentent des lentes facilement visibles, car les lentes non viables se trouvent éloignées de la racine du cuir chevelu. La difficulté à distinguer une lente viable d'une lente non viable et l'appréhension que provoque l'infestation dans les milieux scolaires ou dans les services de garde à l'enfance peuvent laisser croire, à tort, que l'éclosion n'est pas sous contrôle. Le potentiel néfaste de cette situation peut se manifester sur le plan médical (risque de surtraitement) et sur le plan social (crise).

Parmi les causes d'échec au traitement de la pédiculose et au contrôle des poux de tête, on peut mentionner :

- un mauvais diagnostic ;
- une mauvaise recherche de cas infestés auprès des contacts ;
- le coût et l'inaccessibilité du traitement ;
- le non-respect du traitement (mode d'emploi non suivi, deuxième application non faite, etc.) ;
- les facteurs sociaux (promiscuité, monoparentalité, déménagement, barrière linguistique, analphabétisme) ;
- le faible pouvoir ovicide ou le manque d'effet résiduel du produit utilisé ;
- l'utilisation d'acide acétique (vinaigre) ou de conditionneur après utilisation de perméthrine ;
- un nouveau contact (après le traitement) avec une personne infestée ;
- une absence de politique de contrôle des poux écrite et entérinée par toutes les parties en cause ;
- un manque de collaboration des personnes et des organisations intéressées ;
- la non-disponibilité de ressources pour la prévention et le contrôle ;
- l'émoi social ou la situation de crise causés par la présence des poux ;
- la résistance des poux au péduculicide.

Il faut porter une attention particulière aux cas de récidive afin de déterminer les causes probables du problème et d'apporter les correctifs appropriés.

ANNEXE 2 – MESURES DE PRÉVENTION CONTRE LES POUX DE TÊTE DANS UNE ÉCOLE OU UN SERVICE DE GARDE À L'ENFANCE

Prévention primaire

EN L'ABSENCE DE CAS SIGNALÉS

☞ Peu avant ou au début de l'année scolaire



SENSIBILISATION DES ENFANTS

☞ Messages d'information adaptés à l'âge des enfants



SENSIBILISATION ET ÉDUCATION DES PARENTS, DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET DES ÉDUCATEURS

☞ La détection précoce des poux de tête et l'application des mesures de contrôle appropriées



SOUTIEN AUX INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE

☞ Campagne médiatique annuelle



PRÉPARATION D'UNE POLITIQUE RÉGIONALE DE CONTRÔLE DES ÉCLOSIONS DE POUX DE TÊTE

☞ Partage des responsabilités entre toutes les personnes et les secteurs en cause

Prévention secondaire

CAS DE POUX DE TÊTE	☞ Personne porteuse de poux de tête vivants et de lentes viables
↓	
IDENTIFICATION DES CONTACTS	☞ Membres de la maisonnée, élèves de la classe, enfants et personnel d'un service de garde
↓	
NOTIFICATION AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL	
↓	
RECHERCHE DE CAS INFESTÉS	☞ Examen de la tête
↓	
TRAITEMENT DE CAS INFESTÉS	☞ 1er choix : perméthrine. ☞ 2e choix : pyréthrines et butoxyde de pipéronyle
↓	
1re application	☞ Pas d'exclusion
↓	
2e application	☞ 7-10 jours après la 1re application (infection active ou non)
↓	
RECHERCHE DE SIGNES D'INFESTATION ACTIVE	☞ Examen de tête
↓	

Présence de signes d'infestation active	Absence de signes d'infestation active	
↓	↓	
	Fin des mesures	
RETRAIT DU MILIEU POUR TRAITEMENT		☞ Enlever les lentes
↓		
ÉVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ		☞ Examen de tête
↓		
RETOUR DANS LE MILIEU		☞ Avec l'accord du professionnel

Prévention tertiaire

ÉCLOSION PERSISTANTE

☞ Infestation ACTIVE chez plusieurs personnes de la même classe (ou groupe), mais provenant de familles différentes 10 jours après la date de la 2[e] application d'un pédiculicide.



INFORMER LES PARENTS, LES MEMBRES DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET LES ÉDUCATEURS DE LA SITUATION

☞ Attention aux obstacles à la communication



ORGANISER DES SÉANCES DE FORMATION POUR LA RECONNAISSANCE D'UNE INFESTATION ACTIVE

☞ Partage des responsabilités



RECHERCHE DE CAS INFESTÉS OU RÉINFESTÉS DANS LE MILIEU (SCOLAIRE, DE GARDE ET FAMILIAL)

☞ Examen de la tête



RETRAIT DES PERSONNES INFESTÉES DU MILIEU SCOLAIRE JUSQU'À LA PREMIÈRE APPLICATION DU TRAITEMENT ET APRÈS AVOIR ENLEVÉ LES LENTES

☞ Traitement (2 applications)

☞ Utilisation du peigne fin

☞ Vérification à la maisonnée

☞ Attention aux barrières économiques ou autres



NETTOYAGE DES EFFETS PERSONNELS UTILISÉS PAR LES PERSONNES INFESTÉES

☞ Shampooing pédiculicide, eau chaude, nettoyage à sec, entreposage dans un sac de plastique



RÉADMISSION APRÈS ÉVALUATION PAR LA PERSONNE DÉSIGNÉE

☞ Examen de la tête

ANNEXE 3 – LISTE DE PRODUITS PÉDICULICIDES HOMOLOGUÉS AU CANADA ET MODES D'UTILISATION SUGGÉRÉS PAR LES DIRECTIONS RÉGIONALES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

PRODUIT	PARTICULARITÉS	MODE D'UTILISATION
PERMÉTHRINE (Kwellada-P^MC 1 % ou Nix^MD 1 %) Après shampooing	Traitement recommandé pour les enfants de 2 ans ou plus. Fort pouvoir insecticide et ovicide, effet résiduel d'environ 10 jours après le traitement. Peu toxique, réactions dermiques bénignes. Efficacité : ≥ 95 %. NOTE : prudence chez les personnes allergiques aux chrysanthèmes. L'utilisation du produit chez les femmes enceintes ou qui allaitent doit se faire sous prescription médicale.	• Laver les cheveux à l'aide d'un shampooing ordinaire, rincer à l'eau et bien assécher (ne pas appliquer de produit revitalisant ou démêlant) ; • appliquer une quantité suffisante d'après-shampooing pour saturer les cheveux et le cuir chevelu (environ 25 à 50 ml) ; • laisser reposer 10 minutes, puis rincer à l'eau ; • RÉPÉTER 7 À 10 JOURS PLUS TARD.
PYRÉTHRINES ET BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE (R et C^MD) Shampooing revitalisant	Alternative au traitement de premier choix. Sans restriction pour les femmes enceintes ou qui allaitent et les enfants de moins de 2 ans. Pouvoir insecticide, moins ovicide que la perméthrine. Dermatite de contact et atteinte cornéenne possibles. Efficacité : < 95 %. NOTE : prudence chez les personnes allergiques aux chrysanthèmes et à l'herbe à poux.	• Appliquer le shampooing revitalisant sur les cheveux secs en quantité suffisante pour bien tremper les cheveux ; • laisser reposer 10 minutes ; • ajouter de l'eau en petite quantité jusqu'à la formation de mousse et rincer à fond ; • RÉPÉTER 7 À 10 JOURS PLUS TARD.
ACIDE ACÉTIQUE, CAMPHRE, CITRONELLE, ÉTHERSULFATE SODIQUE DE LAURYLE (SH-206^MD) Shampooing	Pouvoir insecticide et ovicide (selon des études non publiées). Réactions dermiques bénignes (3-4 %). Apparition possible d'une résistance. NOTE : déconseillé chez les enfants âgés de moins de 30 mois.	• Mouiller les cheveux, appliquer environ 10 ml de shampooing, faire mousser, frotter vigoureusement pendant 2 minutes ; • laisser reposer 10 minutes; • rincer abondamment à l'eau tiède ; • RÉPÉTER 48 HEURES PLUS TARD et au besoin 7 à 10 jours après la première application.

NOTE : Bien que ces produits soient disponibles sur le marché pour environ 10 $ par traitement, leur coût pourrait être remboursé par les assurances médicaments si le médecin en fait la prescription et selon le régime d'assurance. De plus, le malathion (Prioderm^MD) et le lindane (Kwellada^MD) ne sont plus disponibles au Québec. D'autres produits à base de lindane (Hexit^MD, PMS Lindane^MD) semblent toujours disponibles, mais leur utilisation est de plus en plus déconseillée. Le produit à base de bioalléthrine et de butoxyde de pipéronyle (Para^MD) n'est présentement plus en vente au Québec.

ANNEXE 4 – EXAMEN DES TÊTES

L'examen des cheveux des enfants doit idéalement être fait par les parents une fois par semaine, surtout pendant les périodes critiques, soit à l'automne ou à l'hiver. S'il y a présence de poux dans l'entourage, un examen quotidien peut être nécessaire. Les experts recommandent d’effectuer l’examen des cheveux à main nue.

- Pour trouver les lentes, les cheveux sont séparés en sections verticales très étroites avec un peigne fin ;
- sous un bon éclairage, les cheveux ainsi séparés sont étalés et examinés de la racine jusqu'à la pointe ;
- une attention particulière est portée à la nuque et à la région derrière les oreilles ;
- le lavage des mains après chaque examen est de rigueur. Si des gants sont utilisés, ils devront être changés après chaque examen.

Les pellicules, les cellules épithéliales et les gouttelettes de fixatif capillaire sont parfois prises pour des lentes. Une loupe peut faciliter la tâche et permettre une meilleure identification de celles-ci.

ANNEXE 5 – COMMENT ENLEVER LES LENTES

- L’application d’une serviette humide sur le cuir chevelu pendant trente à soixante minutes facilite le retrait des lentes.
- Pour enlever les lentes, les cheveux sont séparés en sections verticales très étroites avec un peigne fin. Les cheveux ainsi séparés sont peignés aussi près du cuir chevelu que possible jusqu'à la pointe.
- Pour détacher les lentes et les faire tomber, il faut parfois utiliser les ongles ou une pince à sourcils.
- Entre chaque coup de peigne, il faut enlever les poux ou les lentes en trempant le peigne fin dans l'eau chaude.

Les lentes sont fermement collées et ne peuvent être enlevées qu'avec un peigne fin, les ongles ou une pince à sourcil. Si les particules observées s'enlèvent facilement, il ne s'agit probablement pas de lentes. Toute la surface de la tête doit être peignée et une deuxième inspection permettra de vérifier s'il reste des lentes.

Note : Des séances de formation destinées à tous les parents pour leur permettre d’identifier les poux de tête et les lentes et pour leur apprendre comment enlever les lentes pourraient être offertes s’il y a des éclosions persistantes. Une bande vidéo (*Tête-à-tête avec les poux*) réalisée par le Département de santé et d’épidémiologie de l’Université de la Colombie-Britannique est disponible sans frais (1 800 250-8866).

ANNEXE 6 – MYTHES ET RÉALITÉ AU SUJET DES POUX DE TÊTE

Mythes	Réalité
1. Une infestation par des poux de tête signifie que l'enfant et la famille infestés sont malpropres.	1. Les poux de tête peuvent infester n'importe qui, quelle que soit sa classe sociale ou son hygiène personnelle.
2. Les poux de tête peuvent survivre des semaines dans les vêtements, les chapeaux, les brosses à cheveux et les draps.	2. Les poux de tête survivent rarement plus de 24 heures après avoir quitté une tête humaine.
3. Les poux de tête sont porteurs de nombreuses maladies graves et l'infestation comporte des risques médicaux sérieux.	3. Les poux de tête ne sont porteurs d'aucune maladie humaine et ne causent aucune maladie grave.
4. Les poux de tête, les poux du corps et les poux du pubis (morpions) sont tous les mêmes, mais on les trouve à des endroits distincts.	4. Les poux de tête, les poux du corps et les poux du pubis se distinguent entre eux par leur aspect et par la partie du corps où ils se tiennent.
5. Toutes les infestations par des poux de tête sont accompagnées de symptômes.	5. Beaucoup de personnes ne présentent aucun symptôme.
6. Aucun risque n'est lié à l'usage fréquent de traitements contre les poux de tête.	6. Un usage incorrect ou l'ingestion accidentelle du traitement peut se révéler dangereux. Il faut toujours respecter le mode d'emploi. Les produits recommandés sont toxiques s'ils sont avalés ou utilisés de façon excessive.
7. Les traitements contre les poux de tête tuent à la fois les lentes et les poux.	7. Les poux sont très sensibles au traitement, mais les lentes sont plus susceptibles d'y survivre.
8. Un seul traitement à l'aide d'un bon shampooing ou d'un « après-shampooing » contre les poux de tête suffit.	8. Dans les écoles et les services de garde, un second traitement de sept à dix jours après le premier est maintenant recommandé.
9. Les proches et les compagnons de classe doivent être traités sans vérification de la présence de poux.	9. Les membres de la maison, les élèves de la classe, les enfants et le personnel des garderies doivent être examinés avec soin et traités seulement s'ils sont infestés.
10. L'arrosage de la maison et des meubles à l'aide d'un vaporisateur contre les poux de tête réduit le risque de leur réapparition.	10. Aucune donnée ne démontre que la vaporisation du milieu contribue au contrôle des poux de tête et la pulvérisation peut se révéler dommageable à la famille et aux animaux en raison des effets secondaires produits par les insecticides.
11. Les politiques scolaires « sans lentes » réduisent les flambées de poux de tête.	11. Aucune donnée ne prouve que les politiques scolaires « sans lentes » contribuent au contrôle des poux de tête.

L'information donnée ci-dessus provient d'un document publié par la Société canadienne de pédiatrie (1996, p. 249).

Cette information a été légèrement modifiée et nous avons retenu la perspective de santé publique.

RÉFÉRENCES

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION & AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS.(1992). *Caring for our children. National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs*, Washington DC, éditeur American Public Health Association & American Academy of Pediatrics, 410 p.

ANDREWS, E.R. *et al.* (1992). « Postmarketing surveillance study of permethrine creme rinse », *American Journal Public Health* vol. 82 no 6, p. 857-861.

ANONYME (1997). « Médicaments contre la pédiculose du cuir chevelu », *La Lettre Médicale*, vol. 20 no 22, 14 février p. 96-97.

ANONYME (1998). « Treating head louse infectious », *Drug Therapy Bulletin*, vol. 36, no 6, p. 45-46.

ARR HEALTH TECHNOLOGIES INC. (1999). Informations sur les produits Lice Guard (http://www.liceguard.com).

BAINBRIDGE, C., *et al*. (1996). « An evaluator-blinded comparative study of the clinical effectiveness of a Pyethrin-based pediculicide with combing vs permethrin-based pediculicide with combing ». Présenté lors du 143rd Annual Meeting and Exposition of the American Pharmaceutical Association, Nashville, Tennesse, 9 au 13 mars.

BENENSON A.S. (1995). *Control of Communicable Diseases in Man*, 16e éd., Washington DC, American Public Health Association, p. 577.

BRAINERD, C.N. et al. (1998). « From eradication to resistance: five continuing concerns about pediculosis », *Journal School Health*, vol. 68 no 4, p. 146-150.

BURGESS, I. (1995). « Clinical efficacy of treatment for head lice. Authors differ on assessment of flaws in trials ». *British Medical Journal*; vol. 311, no 7016 p. 1369-1370.

BURGESS, I. (1995a). « Human lice and their management », *Advances in Parasitology*, vol. 36, p. 221-342.

BURGESS, I *et al*. (1995b). « Head lice resistant to pyrethroid insecticides in Britain ». *British Medical Journal,* vol. 311, p. 752.

BURKHARS, C.G. *et al*. (1998). « An assessment of topical and oral prescription and over-the-counter treatments for head lice », *Journal American Academy Dermatology*, no 38, p.979-982.

BURKHARS, C.N., ARBOGAST, J. (1998). « Head lice therapy revisited ». *Clinical Pediatrics* (Philadelphie), vol 37, no 6, p. 395.

CHAMPAGNE, M. (1988). « *La pédiculose », m*émoire de maîtrise, Montréal, Faculté de pharmacie, Université de Montréal.

CHUNGE, R.N., *et al*. (1991 a). « A pilot study to investigate transmission of head lice ». *Canadian Journal of Public Health,* no 82, p. 207-208.

CHUNGE, R.N. (1991 b). « A review of the epidemiology, public health importance, treatment and control of head lice ». *Canadian Journal of Public Health*, no 82, p. 196-200.

CLOVE, L. (1994). « Head lice », *Yearbook of Dermatology*, Chicago Yearbook Medical Publisher, p. 60.

COMITÉ DE MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION, (1996). « Les infestations par les poux de tête: Une démangeaison persistante. Énoncé de la Société canadienne de pédiatrie, *Paediatric Child Health*, vol. 1, no 3, p. 244-9.

COMITÉ PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE DE GARDE À L'ENFANCE (1998). *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance, 2e éd. Guide d'intervention*. Québec, p. 241-249.

DOWNS, A., K. STAFFORD, G. COLES G. (1999). « Head lice : Prevalence in Schoolchildren and Insecticide Resistance », *Parasitology Today*, vol. 15, no 1, p. 1-4.

EICHENFIELD, L.F. *et al*. (1998). « Treatment of head lice », *Pediatric Infectious Diseases Journal*, vol. 17, no 5, p. 419-420.

EWASECHKO, C.A. (1981). « Prevalence of head lice *(Pediculis capitis)* among children in a rural, central Alberta school ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 72, p. :249-57.

GLAZLOU, P. *et al*. (1994). « Efficacy of ivermectin for the treatment of head lice *(Pediculus capitis)* », *Tropical Medicine Parasitology*; vol. 45, no 3, p. 253-254.

KATZ, N. (1997). Human Lice. *Their prevalence, control and resistance to insecticides. A review*. World Health Organization, Division of Control of Tropical Diseases, WHO pesticide evaluation scheme, WHO/CTD/WHOPES/97.8. , 61 p.

MATHIAS, R.G. et J. F. WALLACE (1989). « Control of head lice : using parent volunteers ». *Canadian Journal of Public Health*, no 80, p. 461-463.

MATHIAS, R.G. et J.F. WALLACE (1990). « The hatching of nits as a predictor of treatment failure with lindane and pyrethrin shampoos », *Canadian Journal of Public Health*; no 81, p. 237-239.

MAUNDER, J. (1983). « Lice and scabies. Myths and reality », *Dermatology Clinical*; vol. 16, no 4, p. 843-845.

MUMCUOGLU, K. Y., *et al*. (1995). « Permethrin resistance in the head louse Pediculus capitis from Israel », *Medical Vet Entomol*ogy, vol. Q, no 4, p. 427-432.

N'GUYEN, V. X. *et al*. (1997). « Treatment of head lice », *New England Journal Med*icine, vol. 336, no 10, p. 734-735.

N'GUYEN, V. X. et P. ROBERT (1993). « Drug use evaluation in community pharmacies: a survey of policies for head lice treatment with non prescription drugs », *Journal Pharma Clin*, no 12, p. 222-7.

O'BRIEN, E. (1998). « Detection and removal of head lice with an electronic comb : zapping the louse! », *Journal Pediatric Nurse*, vol. 13, no 4, p. 265-266.

POLLACK, R.(1999). « Head lice information », Boston, President and Fellows of Harvard College, (http://www.hsph.harvard.edu/headlice.html).

REED & CARNRICK, (1976). *Lice & Scabies. From Infestation to Disinfestation,* Kenilworth, New Jersey, feuillet d'information.

ROBERT, P. (1995). *La pédiculose et son traitement*. Notes de conférence, Montréal, Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

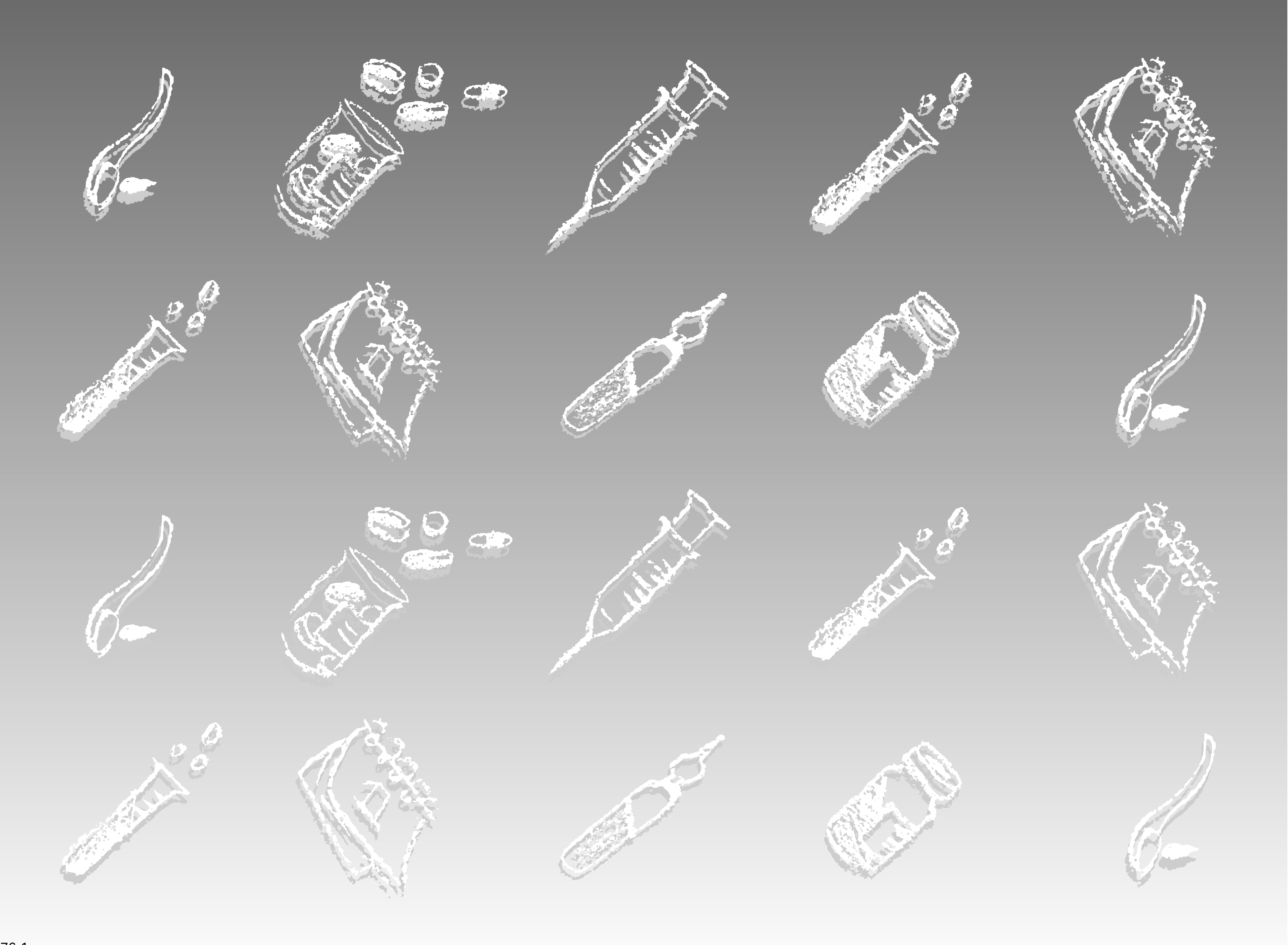
SHASHINDRAN, C.H. *et al*. (1978) « Oral therapy of pediculosis capitis with cotrimoxazole », *British Journal Dermatology, no* 98, p. 699-700.

TAPLIN, D. *et al*. !986). « Permethrin 1% creme rinse for the treatment of *Pediculus humanus var capitis* infestation », *Pediatric Dermatology,* vol. 3, no 4, p. 344-348.

VANDER, S., *et al* (1995). « Systematic review of clinical efficacy of topical treatments for head lice », *British Medical Journal*, vol. 311, no 7005, p. 604-608.

WHITING, D. A. (1991). « Pediculosis (Lice) »,. Chap. 44 dans L. G. Donowitz. Infection Control in the Child Care Center and Preschool, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 349.

WILLIAMS, L.K., et al. (1999). « *The Epidemiology of head lice* ». Georgia 1998 EIS. Atlanta, États-Unis.



00-276-1